SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL VALLE

CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**40115-560050**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEYDY CAROLINA GALLEGO BETANCOURT	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	31.435.960	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lcgallego06@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	91218279878
IP/Nº de contacto:	3007624909	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5846103/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**7624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.5846103 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA, EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN LAS MODALIDADES PRESENCI

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024**	**Al**	**30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.276.500
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 26.987.100
Valor Bruto Pago:			**$ 3.855.300,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.421.200

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.855.300	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.855.300**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.179.170**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9464922884**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.542.120	$ 1.542.120
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 192.800	$ 192.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 246.800	$ 246.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	V	$ -	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ 125.000	
Dependientes hasta		$ 385.530	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 726.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.481.518		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.179.170,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.415.700,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8560 - CARTAGO	6.831,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	19.277,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.829.192,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTINUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes en curso realicé las siguientes funciones:

Impartí formación a aprendices en los programas de formación presencial:

Instructora en formación técnica 2828473 - ELABORACION DE OBJETOS ARTESANALES CON SEMILLAS Y MADERABLES

Instructora en formación complementaria 2910560-ELABORACION DE ACCESORIOS TEJIDOS EN MOSTACILLAS

Instructora en formación complementaria 2939080-"PATRONAJE Y ESCALADO INDUSTRIAL"

Instructora en formación complementaria 2971486-"PATRONAJE Y ESCALADO INDUSTRIAL"

Asistí a las diferentes reuniones programadas por el centro y el coordinador académico

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

LEYDY CAROLINA GALLEGO BETANCOURT
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

TITO FERNEL BERMUDEZ BOTELLO
COORDINADOR ACADÉMICO

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

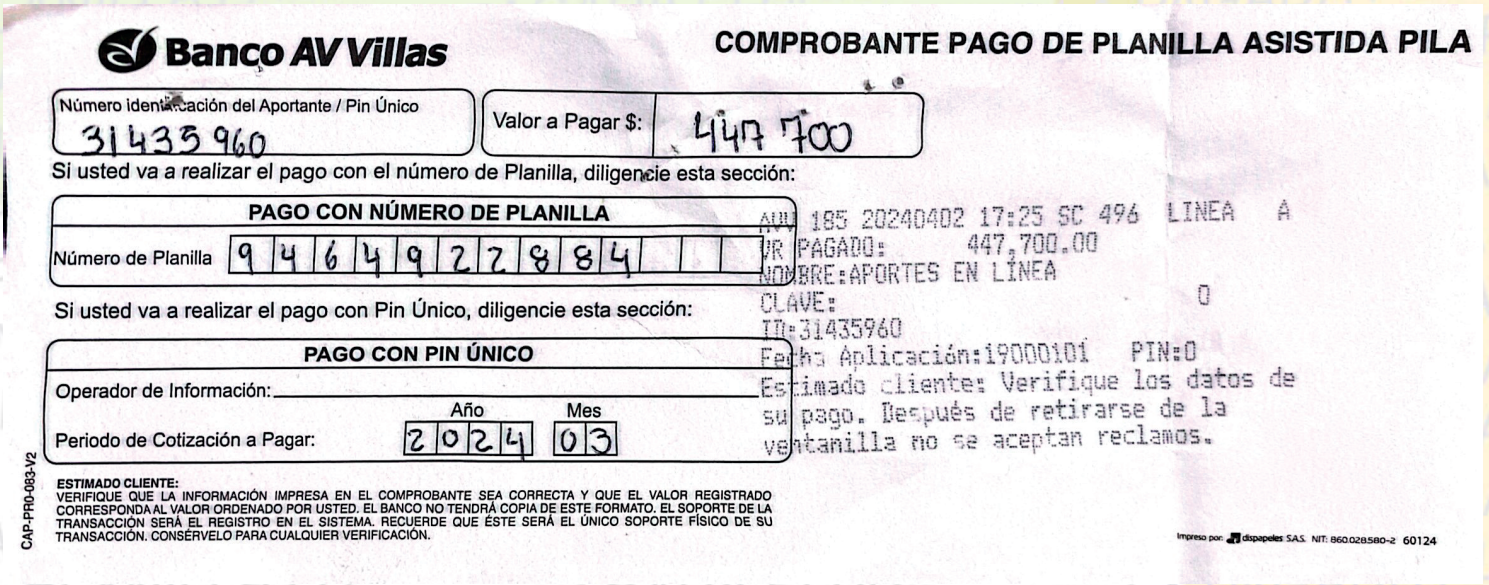
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 31435960		GALLEGO BETANCOURT LEYDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 12B # 3N-17	CARTAGO-VALLE	3007624909	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	20240402172506185136	9464922884	I	2024/04/12	2024/04/03	BANCO AV VILLAS	0	$447,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$246,800	$0	$0	$246,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$246,800	$0	$0	$246,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,100	$0	$0	$8,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,100	$0	$0	$8,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,800	$0	$0	$192,800
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$192,800	$0	$0	$192,800
TOTAL				**1**	**$447,700**	**$0**	**$0**	**$447,700**



Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 31435960

Valor a Pagar $: 447 700

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9 4 6 4 9 2 7 2 8 4

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2024 Mes 03

AVV 185 20240402 17:25 SC 496 LINEA A
VR PAGADO: 447,700.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE: 0
ID:31435960
Fecha Aplicación:19000101 PIN:0
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

CAP-PRO-083-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

Impreso por: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028580-2 60124

Powered by CamScanner

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 24 de abril de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Cartago,valle

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

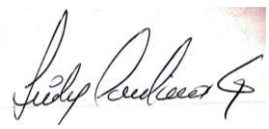
T.I.	**1011091842**	**JUAN ESTEBAN GALLEGO BETANCOURT**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



____ _____

FIRMA
Nombre: __LEYDY CAROLINA GALLEGO BETANCOURT_____
C.C. __31.435.960_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1011092184

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40177268

Datos de la oficina de registro — **Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 1 0 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 1 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido: GALLEGO
Segundo Apellido: BETANCOURT
Nombre(s): JUAN ESTEBAN

Fecha de nacimiento: Año 2 0 0 5 Mes F E B Día 1 6
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo Sanguíneo: O
Factor RH: +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLI. EL BOSQUE
Número certificado de nacido vivo: A. 6799204

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GALLEGO BETANCOURT LEYDY CAROLINA
Documento de identificación (Clase y numero): C.C. 31435960
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X
Documento de identificación (Clase y numero): X.X.X.X.X
Nacionalidad: X.X.X.X.X

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GALLEGO BETANCOURT LEYDY CAROLINA
Documento de identificación (Clase y numero): C.C. 31435960
Firma: X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X
Documento de identificación (Clase y numero): X.X.X.X.X
Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X
Documento de identificación (Clase y numero): X.X.X.X.X
Firma:

Fecha de inscripción

Año 2 0 0 6 Mes F E B Día 2 0

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

ELABORO SANDRA AVILA
A.C. NO 253

COPIA GRATUITA SEGUN LEY 1306

ESTE REGISTRO PRESTA MERITO EJECUTIVO

ART. 2 DECRETO 2158 DE 1970
Eduardo Duran Gomez
NOTARIO 38 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

EL NOTARIO TREINTA Y OCHO DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
REGISTRO CIVIL
23 FEB 2006
Certifico que la presente fotocopia coincide con el original que reposa en esta Notaría
Eduardo Duran Gomez
NOTARIO 38 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Pega S.A. NIT. 800 321 151-0